

KOPFSCHMERZKALENDER

Neurologische Praxis

Privatdozent Dr. med. Bernd Sporer

Tel 089/224747 - Tal 13 - 80331 München

Monat:

Schmerzbeschreibung:

Begleitsymptome:

Wirksam?

1.) Notieren Sie die Medikamente:

A: _____
 B: _____
 C: _____

2.) Schmerzstärke

1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

3.) Kopfschmerzdauer

1 = weniger 6 Stunden
 2 = mehr als 6 Stunden
 3 = mehr als 12 Stunden

4.) Psychische/körperliche Auslöser

1 = Aufregung/Stress
 2 = Entspannung
 3 = Schlaf/Wach-Rhythmus
 4 = Menstruation (Spalte P)
 5 = ein persönlicher Auslöser:

 6 = ein persönlicher Auslöser:

5.) Nahrungsmittel

A = Käse
 B = Alkohol
 C = Schokolade
 D = Kaffee, Cola
 E (persönlicher Auslöser):

 F (persönlicher Auslöser):

Bitte Zahl oder Buchstabe eintragen!

Tag	Stärke	Dauer	pulsier/ pochend	dumpf/ drückend	ein- seitig	beid- seitig	Übel- keit	Lärm- scheu	Licht- scheu	Seh- störung	P	Auslöser	Medikament	ja	nein	mittel
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																